**Termo de Responsabilidade do Aluno Ingressante**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade Nacional (CIN) e/ou CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que estou ciente das responsabilidades e compromissos que assumo ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP.

Comprometo-me a:

1. Entregar todos os documentos necessários para a matrícula, elencados no Edital de Abertura do Processo Seletivo de Ingresso de novos alunos;

2. No caso de estrangeiro, enviar uma cópia, por e-mail, da renovação do visto de permanência no país;

3. Cumprir o que rege o Regulamento do PPG em Ciências Farmacêuticas e do Regimento de Pós-Graduação da USP;

4. Participar ativamente das atividades acadêmicas e obrigatórias do programa;

5. Respeitar professores, funcionários e colegas, promovendo um ambiente de aprendizado saudável e colaborativo;

6. Manter a integridade acadêmica, evitando plágio e outras formas de desonestidade;

7. Informar o programa sobre qualquer situação que possa afetar meu desempenho acadêmico.

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade na entrega das documentações pessoais, como diploma e renovação de visto acadêmico, bem como documentações acadêmicas, incluindo aprovação junto ao CEP, quando necessário, para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Reconheço que a formação acadêmica é uma parceria entre o programa, o aluno e o orientador, e meu comprometimento é fundamental para o meu sucesso.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_